

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

No

615

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Angelo MUSUMECI

Né à Catane, le 14 Décembre 1873,
Docteur en Médecine de la Faculté de Catane,
Ancien Assistant à la Chaire d'Anatomie de la même Faculté,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chevalier de la Couronne d'Italie,

SUR UN CAS D'ASSOCIATION
DE SARCOME ET ÉPITHÉLIOMA
DU COL DE L'UTÉRUS

(Résultats de la Curiethérapie)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Angelo MUSUMECI

Né à Catane, le 14 Décembre 1873,
Docteur en Médecine de la Faculté de Catane,
Ancien Assistant à la Chaire d'Anatomie de la même Faculté,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chevalier de la Couronne d'Italie.

SUR UN CAS D'ASSOCIATION
DE SARCOME ET ÉPITHÉLIOMA
DU COL DE L'UTÉRUS

(Résultats de la Curiethérapie)

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1922



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ ACHARD
	{ WIDAL
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	{ DELBET
	{ LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	{ GOSSET
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	{ BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL

Agrégés en exercice

MM.	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	LABBÉ (HENRI)	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LAINÉL-LAVASTINE	MULON	VILLARET
DEBRE		OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

*Qui dans la fleur de l'âge a été terrassée
par ce terrible mal.*

A MON PÈRE ET AUX MIENS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND ONCLE

LE DOCTEUR F. FRANCAVIGLIA

Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Catane,
Commandeur de la Couronne d'Italie,
Ancien Assistant de l'Hôtel-Dieu de Paris.

*Qui le premier m'a appris à aimer la
France.*

A MES COUSINS

LE DOCTEUR M. CONDORELLI FRANCAVIGLIA

Professeur de Parasitologie Médicale à la Faculté de Catane.

ET LE PROFESSEUR J.-B. CONDORELLI

Affectueux souvenir.

AU DOCTEUR E. FERRONI

Professeur de Gynécologie et Obstétrique de la Faculté de Florence.

Témoignage sincère d'amitié et d'affection

A MES CHERS PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE CATANE
MM. UGHETTI, DE MATTEI, FELETTI, CAPPARELLI,
DABUNDO

ET A MES CAMARADES

PROFESSEURS CITELLI ET FICHERA

Toujours reconnaissant pour leur affectueuse sympathie.

A SON EXCELLENCE MONSIEUR M. CORBINO

Professeur de Physique à l'Université de Rome,
Ministre de l'I. P. d'Italie.

*En souvenir de notre camaraderie de Lycée
et hommage plein d'admiration.*

A MONSIEUR HIRALAL M. SHAH

*En souvenir de notre vieille et sincère
amitié.*

INTRODUCTION

L'observation qui fait le sujet de cette thèse n'a d'autre prétention que d'apporter une modeste contribution de faits à nos connaissances sur les tumeurs malignes.

Il est évident que la constatation de tumeurs, révélant à l'examen histologique une association nette de sarcome et d'épithélioma, n'est pas un fait nouveau pour personne.

Or, si nombre de ces cancers ont été signalés dans la cavité orale, affectant particulièrement la langue, et d'autres étant développés aux dépens du corps de l'utérus, aucun cas de ce genre, que nous ne sachions, n'a été signalé ayant primitivement son siège dans le col de l'utérus.

Nous avons d'abord attentivement cherché dans la littérature, et nous avons puisé ensuite des renseignements aux sources les plus autorisées; il résulte que, jusqu'à mieux et plus ample informé, nul cas pareil au nôtre n'a été publié jusqu'ici.

Il nous a donc paru fort intéressant, tout au moins au point de vue documentaire, de suivre ce cas dans toutes ses phases et d'en publier les résultats histologiques pour les leçons qu'il comporte.

Ce cas est encore intéressant en ce qu'il a été traité par le radium, et, qu'actuellement, tout fait d'observation doit être étudié, pour essayer d'éclairer cette question encore si obscure, de la radiumthérapie dans les cancers de l'utérus.

Les observations ont été faites dans le service gynécologique du Professeur Jean-Louis Faure, à l'Hôpital Broca, et c'est à son extrême obligeance que je dois l'honneur d'y associer mon nom.

Je m'empresse donc d'en remercier très sincèrement M. le Professeur Jean-Louis Faure, et je le prie de vouloir trouver ici l'assurance de ma vive gratitude, ainsi que l'expression de mon admiration respectueuse pour sa bonté, qui n'a d'égal que son savoir.

En acceptant d'être mon Président de thèse, il savait d'avance par quel large geste d'indulgence il lui fallait couvrir de sa haute autorité toutes les imperfections qui peuvent se révéler au cours de ce travail, malgré tous mes efforts.

A 24 ans, Docteur en Médecine de la vieille Faculté de Médecine de Catane, désireux de m'assimiler la culture française, je fondais mon foyer ici il y a quelque vingt ans. Après avoir sollicité l'honneur de devenir citoyen français, et avoir mérité la plus haute récompense (Légion d'Honneur) pour mes services rendus pendant la guerre, il ne me restait qu'à recevoir la plus haute consécration de ma carrière intellectuelle : le Doctorat en Médecine de la Faculté de Paris.

Cette observation a été recueillie, sous le contrôle de M. le Docteur Douay, chef des travaux gynécologiques de l'Hôpital Broca, dont la compétence et le scrupule scientifique ne font plus aucun doute. Je tiens à lui manifester toute ma reconnaissance pour les aimables conseils qu'il a voulu me prodiguer.

Grand merci aussi à M. Champy, Professeur agrégé d'histologie et chef du laboratoire du même hôpital, pour son avis autorisé sur les examens des biopsies.

Je remercie enfin M. le Professeur de Lapersonne qui m'a si affectueusement aidé dans ma tâche, ainsi que MM. les Professeurs dans les différents services desquels j'ai eu l'honneur de travailler.

SUR UN CAS D'ASSOCIATION DE SARCOME ET D'EPITHELIOMA DU COL DE L'UTERUS

(Résultats de la Curiethérapie).

OBSERVATION.

Mlle G..., âgée de 59 ans, se présente à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, le 5 Mai 1920 pour un écoulement suspect qui se produit par la voie vaginale.

On ne retrouve dans les antécédents héréditaires ou personnels aucun fait à signaler, rien à noter également dans le passé génital. La malade a été réglée à 14 ans, et la ménopause s'est produite à 47 ans.

Début de la maladie :

Il y a six mois environ se produisirent des pertes blanches jaunâtres qui augmentèrent progressivement d'intensité.

Depuis trois mois, ces pertes deviennent fétides, et depuis deux mois, elles sont roussâtres.

On constate parfois de petites hémorragies qui teintent le liquide blanc des pertes.

La malade n'a jamais eu de douleur de l'abdomen, mais elle a constaté un amaigrissement notable ; elle a perdu 10 kilos en Février et Mars 1921.

Examen des organes génitaux.

Au toucher, on constate que le vagin est étroit à sa partie terminale par rétraction sénile.

Par le palpier bimanuel, on trouve un utérus gros, mais régulier de forme. Le fond est à quatre doigts au-dessus du pubis. Il donne l'impression d'un utérus fibromateux.

Le col est très volumineux, l'index tombe d'abord sur une masse arrondie en bouchon de champagne, dépendant de la lèvre postérieure; on a l'impression d'un polype fibreux.

En contournant cette masse en avant, on trouve de nouveaux bourgeons, plus petits, irréguliers, dépendant de la lèvre antérieure, et donnant l'impression non de polypes, mais de bourgeons néoplasiques.

Les culs-de-sacs sont libres et souples à droite et à gauche; on

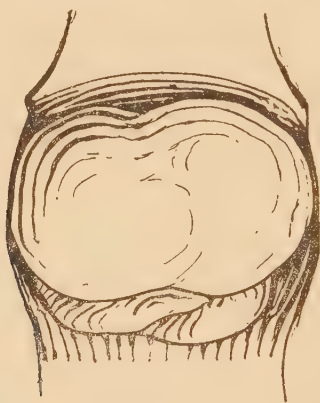


Fig. 1. — Aspect des lésions du col (réduction de 1/3).

constate un peu d'empâtement dans le cul-de-sac antérieur, du côté de la vessie.

En arrière, dans la paroi vaginale du cul-de-sac postérieur, on rencontre, à quelques millimètres de la limite bourgeonnante, de toutes petites nodosités, qui donnent l'impression de 5 à 6 grains de plomb; ces bourgeons sont très saignants.

Le liquide sécrété est très fétide; il a une odeur de sphacèle. La mobilité générale de l'utérus est conservée. On ne constate pas de troubles vésicaux.

Biopsie.

Biopsies	6 mai	Sarcome fuso-cellulaire.
	22 mai	Travées épithéliomateuses — pas de sarcome.
	20 août	Sarcome fuso-cellulaire.

Ces prélèvements ont été préparés dans le laboratoire de la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca. M. le Professeur agrégé Champy a bien voulu nous remettre une note détaillée et son opinion personnelle sur ce cas.

Cette note nous est parvenue après la rédaction de notre thèse. Nous avons constaté avec plaisir que son opinion confirmait notre manière de voir.

N'ayant aucune compétence particulière en histologie pathologique, nous avons préféré insérer fidèlement sa note à la fin de l'observation.

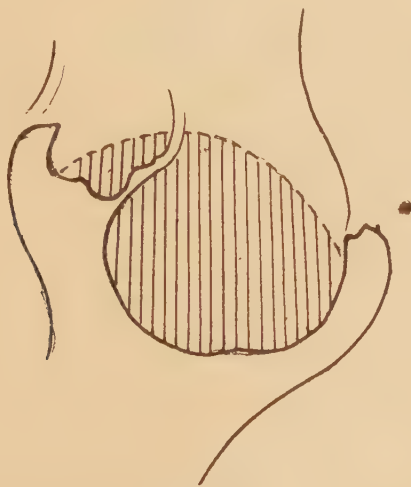


Fig. 2. — Coupe schématique du col, montrant la partie bourgeonnante enlevée par curettage (réduction de 1/3).

On y trouvera des détails techniques sur chacune des biopsies, et l'interprétation que M. Champy en donne.

Le 6 Mai, on procède à l'ablation d'un fragment dans la masse bourgeonnante, au voisinage de la paroi vaginale suspecte.

Première biopsie : très large. — Sarcome fuso-cellulaire compact. La biopsie n'a enlevé que du sarcome.

Intervention chirurgicale. — Le 8 Mai on procède, sous anesthésie générale, à un curettage méthodique.

On enlève à la curette, et surtout à la pince de Ruault, toute la masse bourgeonnante; ce qui permet de retrouver le canal cervical.

L'hystéromètre pénètre à une profondeur de 8 centimètres, il franchit difficilement l'isthme, qu'il faut dilater afin de créer une voie pour les tubes de radium.

Application du radium. — Le 10 Mai, on procède à la mise en place de deux tubes de bromure de radium de 0 gr. 050 chacun : chaque tube a un filtre en platine de 1 millimètre d'épaisseur et un filtre secondaire en caoutchouc de 3 millimètres d'épaisseur.

L'un de ces tubes est mis dans le fond du canal utérin, l'autre est placé dans l'évidement du col et de la partie voisine du vagin.

La durée d'application de ces deux tubes est de 46 heures. La quantité d'émanations détruite en ce temps est de 19 millicuries. L'intensité est de $19 : 46 = 0,41$. Cette application est bien tolérée et ne provoque aucune réaction fébrile.

Suites immédiates.

Rien à signaler dans les suites immédiates de cette application.

L'état général s'améliore rapidement et les pertes diminuent dans de grandes proportions.

Examen du 22 Mai.

Le 22 Mai, on procède à un examen à l'aide du speculum. L'aspect du col est celui d'une large fente béante, à bords irréguliers et ulcérés, conduisant dans une cavité qui saigne.

Sur la lèvre antérieure, on constate de petits bourgeons durs et irréguliers, mais peu saignants et de bonne coloration rouge clair.

La lèvre postérieure est très diminuée de volume.

Dans l'ensemble, le col a considérablement diminué d'épaisseur et il est relativement de bon aspect.

Deuxième biopsie : moins large. — Prise sur le bord antérieur

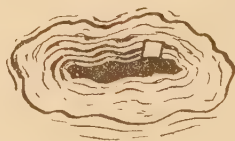


Fig. 3. — Aspect du col, 14 jours après le curettage et 10 jours après l'application du radium. La biopsie a été faite au niveau du carré blanc (réduction de $\frac{1}{3}$).

de l'orifice du col (fig. 3). On constate la présence de travées épithéliales de structure d'épithélioma tubulé, peu nombreuses mais très nettes, dans un stroma conjonctif qui ne ressemble plus au tissu sarcomateux constaté dans la première biopsie.

Examen du 31 Mai.

Le 31 Mai, un nouvel examen est pratiqué : l'hystéromètre pénètre à une profondeur de 8 centimètres.

Il sort du pus venant de la cavité utérine ; l'on procède alors à la dilatation du col, un peu sténosé, à l'aide d'une laminaire pour permettre l'application du radium.

Deuxième application du radium.

Le 1^{er} Juin, on procède à la deuxième application d'un tube de radium de 100 milligrammes pendant 46 heures : cette application est faite vingt jours après la première. Il se produit une légère réaction thermique. La dose appliquée est en tout pareille à la première (10 Mai) ; intensité : 49 millicuries : $46 = 0.41$.

Examen du 23 Juin.

Le 23 Juin, la malade se présente à la consultation ; on constate un état général excellent.

Il ne se produit plus de pertes rouges, et les pertes blanches ont beaucoup diminué d'intensité. A l'examen local, on peut constater à l'aide du spéculum, que le fond du vagin est rétréci.

Le col est rétracté, sa surface est lisse, et elle n'est plus saignante.

Consultation du 1^{er} Juillet.

La malade revient à la consultation. On constate que son état général est très satisfaisant.

La patiente a repris du poids, son appétit est redevenu normal. On procède à un examen de la région cervicale, et on constate que le col a considérablement diminué.

On voit au niveau de l'orifice du col une petite ulcération de la dimension d'une pièce de 50 centimes ; ulcération rosée, sans végétations, et ne saignant pas à la pression.

On introduit l'hystéromètre, qui pénètre à une profondeur de 6 cm. 5.

Donc sur l'influence du traitement au radium toute la masse de

l'utérus s'est atrophiée d'une façon notable, puisque la cavité utérine a diminué de 2 centimètres.

Après l'introduction de l'hystéromètre, il sort un peu de liquide muco-purulent, sans odeur.

Examen du 20 Août.

La malade se présente à la consultation, et l'on constate que l'amélioration de l'état général continue. La malade a grossi de 15 kilos depuis le 5 Juin 1920, date de sa sortie de l'hôpital.

Elle nous signale cependant qu'elle a perdu le 11 Août pendant un quart d'heure, une quantité appréciable d'eau roussâtre ; à part cela, on ne constate rien d'anormal, après palpation profonde de l'abdomen.



Fig. 4. —Aspect du col, 3 mois après la première application de radium. La cicatrisation est complète, mais on constate un noyau métastatique sur la lèvre antérieure (réduction de 1/3).

Il est facile de se rendre compte que l'utérus est encore atrophié depuis le dernier examen. Au spéculum, le col se montre très rétracté, et par le toucher, on constate qu'il est dur. Au niveau de l'orifice du col, on ne voit plus aucune espèce de bourgeon suspect. Mais on constate un fait nouveau ; c'est une petite surface végétante de la dimension d'un pois, située sur la lèvre antérieure, à bonne distance de l'orifice (2 cm.) au voisinage du cul-de-sac vaginal antérieur (fig. 4). C'est à n'en pas douter un *noyau métastatique*. On enlève ce petit point suspect à la curette pour en faire une *troisième biopsie*.

Troisième biopsie.

Cette biopsie montre du tissu sarcomateux compact type fuso-cellulaire comme dans la première biopsie.

Examen du 23 Septembre.

Nouvel examen le 23 Septembre. L'état général reste satisfaisant. L'état local attire notre attention. En effet, le *noyau métastatique*

situé dans la lèvre antérieure du col a doublé ; ce noyau est végétant et il saigne. L'orifice du col est un peu rouge, et on note un point suspect au niveau de la commissure droite.

Troisième application de radium.

Le 28 Septembre, 4 mois après la première application, on procède à la mise en place de trois tubes à émanation, c'est-à-dire que l'on introduit dans le noyau bourgeonnant trois aiguilles de platine.

Un bouchon de liège est appliqué au fond du vagin contre les tubes. La durée de cette application est de 71 heures, les doses appliquées sont les suivantes :

Aiguille	139 g.	3,24
	139 h.	3,64
	139 d.	2,94
	Dose totale	9,79
	Intensité 9.79 : 71 h. =	0.13

L'application a été plus douloureuse que les précédentes. Il n'y a pas eu de fièvre.

Examen du 4 Octobre 1921.

Le 4 Octobre, la malade est examinée au spéculum. On constate que la région soumise aux trois tubes d'émanation de radium est recouverte d'un enduit blanchâtre constitué par une escharre. Le fond du vagin est rouge et sensible.

Examen du 14 Octobre.

Un nouvel examen au spéculum a lieu : on constate que l'escharre notée précédemment s'est éliminée. La surface de cicatrisation est de bon aspect.

Examen du 20 Octobre.

Le 20 Octobre, la malade se présente à la consultation et l'on constate une amélioration de l'état général.

Le Professeur Faure procède à l'examen du col de l'utérus ; il lui

trouve un excellent aspect, et il décide de ne pas intervenir ; il abandonne toute idée de procéder à une hystérectomie par la voie vaginale

Examen du 25 Novembre.

A cette date, Mlle G... se présente à la consultation ; son état général est excellent ; elle a grossi de 2 kilogrammes en un mois. On procède à un examen du col : l'état local est parfait ; la malade n'a plus aucune perte. Au toucher, on constate une cicatrice, fibreuse, occupant le fond du vagin. On ne sent pas au doigt l'endroit où se trouvait le noyau traité par l'émanation de radium ; on voit à ce niveau des petites élevures de coloration normale.

Examen du 20 Janvier 1921.

L'état général est toujours excellent. On reconnaît difficilement la cicatrice du noyau métastatique traité par l'émanation. Cette région est décelée par une légère tache brunâtre. Ce qui reste du museau de tanche présente une coloration normale.

Revue le 12 Mai 1921.

Etat général moins bon ; depuis un mois, elle a maigri de 3 kilogrammes. Elle se plaint de douleurs à l'estomac, avec des vomissements bilieux le matin ; elle a peu d'appétit.

Etat local très bon. Le vagin est rétréci en entonnoir ; on ne sent pas le col, mais seulement au fond de l'entonnoir un petit noyau dur qui représente le col atrophié ; l'utérus, difficile à sentir, est petit et mobile.

Au spéculum : aspect rose-blanchâtre au fond du vagin, qui se continue par un diverticule impossible à déplisser ; ni sang, ni pertes blanches.

L'examen de l'abdomen révèle une masse dure, bosselée, appliquée contre le bord droit de la colonne lombaire, soulevée par des battements aortiques, de la grosseur du poing. On pense à une adénopathie lombo-aortique droite par métastase ganglionnaire. Etant donné le volume de la masse, on écarte l'idée de faire une application

de radium intraganglionnaire et on se décide à un traitement par radiothérapie.

Le traitement est commencé le 18 Mai; la malade a reçu une dose de rayons X sur sa tumeur. Les rayons utilisés étaient émis par une ampoule Coolidge, alimentée par un meuble d'Arsonval-Gaiffe, travaillant sous 18 centimètres d'étincelle équivalente, avec une intensité de 1 milliampère; l'ampoule à 18 centimètres de la peau, les rayons filtrés sur 5 millimètres d'aluminium.

La dose a été appliquée, après compression de la paroi avec un localiseur en verre au plomb de 10 centimètres de diamètre fermé par une feuille de carton, en trois portes d'entrée, deux antérieures et une postérieure, l'axe du localiseur étant dirigé chaque fois vers le centre de la masse à irradier. La durée de l'exposition de chaque porte d'entrée aux rayons a été de 45 minutes. Cette dose donne un léger hâle de la peau au bout de 3 à 4 semaines.

Revue le 25 Mai.

La malade est très fatiguée; la masse a grossi.

Revue le 16 juin.

La tuméfaction abdominale a diminué, les vomissements ont disparu. L'état du col est toujours très bon. La malade tousse et est gênée pour respirer. On note une matité à la base droite (probablement pleurésie). Le foie est normal.

La malade n'est plus revue à partir de cette date. Nous apprenons qu'elle est morte de pleurésie hémorragique en Août 1921.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION

Dans cette observation, il s'agissait, comme l'a établi l'examen histologique, d'un sarcome primitif du col de l'utérus, avec association d'épithélioma, peu développé, mais cependant indiscutable.

Sur les caractères du sarcome du col. — Le sarcome du col de l'utérus est infiniment plus rare que le sarcome du corps de l'utérus, qui, lui-même, n'est déjà pas commun.

On peut en trouver trois variétés différentes :

a) Le sarcome vrai, soit fuso-cellulaire, soit globo-cellulaire, soit diffus ou circonscrit. Quelquefois, il est pédiculé ayant l'aspect d'un polype ; sa nature peut alors passer inaperçue, et ce sont les récidives, après ablation trop limitée, qui en font faire trop tard le diagnostic.

b) La dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome du col ou d'un polype fibreux. Cette dégénérescence sarcomateuse est souvent difficile à apprécier même par l'examen histologique. Certains fibromes avec œdème dissociant les éléments, peuvent en imposer pour un sarcome.

c) Le sarcome en grappe du col, variété spéciale au col, ayant un aspect très particulier par suite de la transformation œdémateuse de sa partie périphérique, qui lui donne figure de grains de raisins.

La variété observée était un cas de sarcome vrai fusocellulaire circonscrit.

Le diagnostic clinique n'a pas été posé.

Peut-on, après coup, trouver dans l'étude clinique du cas des symptômes spéciaux qui auraient pu faire penser au sarcome ?

1° Parmi les signes physiques, nous avons pu relever :

a) *Au spéculum*, un aspect tout à fait particulier du col, avec sa grosse masse régulière, arrondie, en bouchon de champagne, développée aux dépens de la lèvre postérieure. Cet aspect donne plutôt, ainsi que nous l'avons fait remarquer, l'impression d'un polype fibreux ;

b) *Au toucher*, une consistance assez ferme, puisque pour pratiquer, sous anesthésie, l'ablation des bourgeons néoplasiques, il a fallu abandonner la curette pour se servir de la pince de Ruault.

2° Parmi les signes généraux, signalons l'amaigrissement précoce, beaucoup plus marqué que dans le cas d'épithélioma du col.

Parmi les troubles fonctionnels, nous ne trouvons rien de caractéristique ; aucun signe ne pourrait faire penser au sarcome, les pertes de sang ne sont pas spécialement abondantes ; quant aux pertes roussâtres et fétides, elles sont analogues aux pertes habituelles de l'épithélioma du col.

SUR L'ASSOCIATION DU SARCOME ET DE L'ÉPITHÉLIOMA

L'association de sarcome et d'épithélioma de l'utérus est exceptionnelle. Forsner a réuni quatre cas d'association de sarcome et d'épithélioma du corps de l'utérus, qu'il désigne, sous le nom de carcino-sarcome de l'utérus. Nous ne pensons pas que cette association ait été signalée pour le col.

Y a-t-il dans ce cas une simple coexistence de lésions différentes, ou au contraire, la tumeur sarcomateuse a-t-elle eu une action favorisante sur le développement du cancer épithélial? La question est difficile à résoudre.

Si nous nous rapportons à ce qui se passe pour l'épithélioma utérin, on admettra que le développement du fibromyome est un terrain favorisant pour l'apparition de l'épithélioma, soit du col, soit du corps au voisinage de la tumeur fibreuse. D'après Piquand, on observerait le cancer du col compliquant le fibrome utérin dans 3 p. 100 des cas et le cancer du corps dans 1,50 p. 100 des cas, ce qui représente déjà une proportion considérable.

Dans le cas présent, il semble bien que la lésion primitive ait été un sarcome du col, étant donné la masse importante de tissu sarcomateux compact transformant la lèvre postérieure du col, en une volumineuse tumeur de la grosseur d'un bouchon de champagne. Le cancer épithélial s'est ensuite développé

dans la muqueuse endo-cervicale, au voisinage de la masse sarcomateuse. La végétation était assez discrète de sorte que la première biopsie prise en pleine tumeur sarcomateuse faisant une saillie importante au fond du vagin, n'a révélé que du tissu sarcomateux.

La deuxième biopsie a été faite plus tard après l'ablation à la curette de l'énorme bourgeon néoplasique. Ce prélèvement a été fait à la limite de la masse sarcomateuse. A cet endroit, on voit la végétation typique de l'épithélioma, tout se passe comme si une réaction épithéliomateuse secondaire s'était produite au voisinage du noyau sarcomateux.

SUR L'ACTION DE LA CURIETHÉRAPIE

Huit jours après l'application du radium une biopsie est faite. Elle montre quelques bourgeons épithéliaux ayant les caractères de l'épithélioma tubulé. Ces bourgeons sont placés dans un stroma conjonctif, qui n'a plus l'apparence du sarcome précédemment observée. Nous avons fait l'hypothèse que le radium a agi au maximum sur les éléments sarcomateux, qui, plus radio-sensibles ont été détruits immédiatement et que l'action avait été moins rapide sur les éléments épithéliomateux. Cette explication cadre bien avec les données habituelles de la sensibilité particulière du sarcome aux radiations.

Ce n'est là qu'une simple hypothèse, car en nature de biopsie, on ne peut affirmer que le fragment prélevé et examiné représente l'aspect global de toute la tumeur. Le fragment a pu être enlevé en marge de la tumeur sarcomateuse.

Quoi qu'il en soit, les deux lésions cancéreuses régressent peu à peu après l'application du radium, et 5 mois après, le col apparaissait comme complètement transformé en tissu de cicatrice, sans apparence de lésion cancéreuse. En même temps, l'état général s'améliore; c'est là un résultat merveilleux à l'actif de la curiethérapie.

Après six mois de guérison apparente, un fait nouveau se produit : c'est l'apparition d'un noyau métastatique à distance de la lésion primitive cicatrisée.

La troisième biopsie révèle à nouveau du sarcome fuso-cellu-

laire. Etant donné le siège de ce noyau, à distance de la lésion primitive, il est peu probable qu'il s'agisse d'un petit foyer de cellules néoplasiques relativement épargnées par les rayons γ , par suite de sa distance au centre d'irradiation, cellules qui peu à peu auraient repris leur activité maligne, donnant une récidive sur place de la lésion cancéreuse.

Il nous paraît plus probable qu'une métastase partant du foyer primitif avant l'application du radium, ou pendant cette application, ait été se fixer à distance du foyer primitif et ait mis quelques mois à prendre un développement suffisant pour devenir perceptible à nos sens. Il est peu vraisemblable en effet que cette métastase soit partie du foyer primitif après sa stérilisation par le radium, alors que le cancer cervical aurait pour ainsi dire disparu et aurait été remplacé par du tissu de cicatrice.

En supposant que la métastase soit partie du cancer primitif avant l'application du radium, quel enseignement peut-on en tirer? Aucun, si ce n'est que tout traitement du cancer doit être précoce, et que le radium, pas plus que l'opération, ne peut mettre la malade à l'abri de complications, dont le point de départ précède le moment de l'intervention.

Mais il se peut aussi que la métastase soit contemporaine de l'application du radium, et que la résorption des cellules cytolysées (laquelle ne peut se faire que par voie sanguine ou lymphatique), ait favorisé l'envahissement de l'organisme par des éléments cancéreux. Cette hypothèse n'est pas invraisemblable et dans ce cas, le radium guérirait la lésion cancéreuse locale, mais tuerait la malade en favorisant peut-être sa généralisation.

Une nouvelle application du radium (3^e), faite le 28 septembre par trois aiguilles plantées à même dans le noyau métastatique, est suivie d'un résultat local excellent.

Ce fait montre qu'un foyer de métastase se comporte comme un nouveau cancer à l'égard des rayons. Il est *radiosensible*. Une tumeur déjà irradiée subit, au contraire, une sorte de

vaccination qui rend les éléments moins radiosensibles à mesure qu'on renouvelle les applications. C'est du moins l'opinion que nous avons entendu formuler à l'hôpital Broca, opinion basée sur les faits observés dans le service. Il y a donc intérêt à lutter contre les métastases par de nouvelles applications de radium, à la condition que leur siège soit abordable.

Il faut encore remarquer que le premier signe de récurrence après radiumthérapie est donné par l'altération de l'état général.

Alors que rien ne peut faire présager la reprise du cancer, l'amaigrissement se produit. C'est là un mauvais signe qui nous avertit d'une récurrence imminente ou latente.

Enfin, pour terminer les observations tirées de ce cas, nous voyons en même temps évoluer une récurrence ganglionnaire (adénopathie lombo-aortique droite) et une récurrence pulmonaire avec pleurésie. Sans qu'on puisse l'affirmer, faute d'autopsie, il est probable que les deux cancers ont récidivé à distance tous deux en même temps, l'épithélioma dans les ganglions, le sarcome dans les poumons.

Il est classique en effet de dire que les métastases de nature épithéliale se font uniquement par voie lymphatique, sous forme de lymphangite des vaisseaux blancs, gagnant les ganglions de proche en proche, et que les métastases de nature sarcomateuse, empruntent de préférence la voie sanguine. Dans ce dernier cas, les organes à circulation capillaire assez fine, comme le poumon et le foie, sont destinés à retenir les parcelles infectées.

Cette constatation doit nous rendre très réservés au sujet du pronostic des néoplasmes du col traités par le radium.

Il faut en rabattre beaucoup sur les résultats merveilleux observés à courte distance à la suite d'applications de radium, et se garder d'affirmer trop tôt une guérison clinique.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (1)

1^{re} Biopsie. — Le fragment gros comme une cerise est homogène : il est constitué par des cellules fusiformes à noyau allongé, à cytoplasme abondant, groupées en masses tourbillonnaires. Ça et là, les masses cellulaires sont constituées d'éléments plus gros à noyaux bourgeonnants. Dans toute la pièce on peut mettre en évidence entre les cellules des résidus de fibrilles collagènes extrêmement réduits.

Sur un bord correspondant vraisemblablement à la région superficielle, les cellules néoplasiques sont nécrosées sur une faible épaisseur et on note là la présence de leucocytes nombreux. Cette zone infectée est d'ailleurs très réduite.

Dans toute la tumeur au milieu des travées tourbillonnaires principalement, on observe des vaisseaux à paroi mince réduits souvent à leur endothélium.

Avec le fragment principal, il y avait deux fragments accessoires de la grosseur d'un pois qui ont la même structure.

2^e Biopsie. — Fragment de la taille d'un haricot constitué surtout par des travées tourbillonnaires de fibres conjonctives d'ailleurs œdématisées et altérées, séparées par des résidus cellulaires *morts*. L'aspect tourbillonnaire de ces masses, appelle

(1) Note communiquée par M. le Professeur agrégé Champy.

l'idée qu'elles proviennent de la régression de masses sarcomateuses dont les cellules seraient nécrosées et écrasées par les fines lamelles collagènes interposées qui seraient devenues énormes. On rencontre des vaisseaux nombreux à paroi mince de type sarcomateux, mais extrêmement dilatés.

Dans la partie la plus profonde (la plus éloignée de la surface du col) on trouve des éléments fusiformes dispersés dans un liquide d'œdème et qui ont tout à fait l'aspect de cellules sarcomateuses. Il semble qu'on puisse admettre que le tissu qui forme la masse et contourne le fond de la préparation provienne au moins en partie de la régression de masses sarcomateuses.

En un point, on trouve au milieu de ce tissu une travée épithéliomateuse du type de l'épithélioma tubulé. Elle est longue, mince, de calibre variable, on la voit sur la série des coupes. Les cellules ont des ponts intercellulaires nets surtout dans les couches moyennes. Les cellules les plus centrales ont des noyaux irréguliers et un peu bourgeonnants, comme cela arrive dans les épithéliomas de ce type. Les éléments sont un peu vacuolaires et paraissent altérés légèrement par l'irradiation. La travée se trouve d'ailleurs dans la zone conjonctive où les altérations d'irradiation sont les plus marquées.

3^e Biopsie. — Fragment gros comme une petite cerise.

La structure est celle des fragments de la 1^{re} biopsie. Les altérations notées dans la 2^e ne sont pas sensibles. On ne retrouve pas de fragment d'épithélioma.

« L'impression qui résulte de l'ensemble est que la lésion essentielle et massive est un sarcome. L'épithélioma paraît une réaction secondaire, vu sa localisation et son peu d'étendue.

1^o Ce peut être une réaction épithéliomateuse de voisinage par une sorte d'induction comme cela a lieu dans les cas fréquents ailleurs d'association de sarcome et d'épithéliome.

2^o Il est possible que cette réaction ait été exagérée par le

fait de l'altération d'irradiation du tissu sarcomateux. Cela paraît toutefois peu probable. L'épithélioma lui-même est certainement altéré par l'irradiation : l'aspect vacuolaire des cellules le montre nettement. Il est certain cependant qu'il s'est montré plus résistant que le sarcome qui est complètement méconnaissable dans la région qui entoure les travées épithéliales ».

CONCLUSIONS

1° Le sarcome du col de l'utérus peut s'associer à l'épithélioma pour former une variété exceptionnelle de cancer du col, qui ne se révèle cliniquement par aucun signe pathognomonique et que seul l'examen histologique permettra de déceler.

2° Le traitement de cette affection par le radium a donné un résultat local excellent et une amélioration momentanée de l'état général, mais n'a pas empêché la généralisation de se produire et d'emporter la malade.

Vu : le Président,
J.-L. FAURE

Vu : Le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

Coulommiers. — Imprimerie ERNEST DESSAINT. — 10-21.
